



Universidad
Zaragoza

Máster en Evaluación y Entrenamiento Físico para la Salud

Trabajo Fin de Master

**ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SALUD DEL
DEPORTISTA EN UN CLUB DE BALONCESTO**

**ASPECTS RELATED TO THE HEALTH OF THE ATHLETE IN A
BASKETBALL CLUB.**

Autor: Ignacio Villacampa Sarasa

Directores:

Roberto Martínez Beamonte: Nutrición y Bromatología.

Alberto Aibar Solana: Didáctica de la Expresión Corporal.

Año 2020.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Se tratarán **los hábitos de salud** (actividad física, calidad del sueño, alimentación, higiene e hidratación) en adolescentes del CB Boscos para comprobar la situación en la que se encuentran. No hay suficientes estudios de alimentación y hábitos de vida en jugadores de baloncesto de las categorías inferiores de un club, por tanto, con este estudio basado en encuestas, se podría detectar factores que posibilitarían la reducción del rendimiento de estos deportistas en edades inferiores. Se hace necesario que tanto la población adolescente y adulta cumpla con las recomendaciones diarias **de AF y de pantalla**. Por otro lado, la **DS** se ha visto modificada ya que una de las causas de que los niños y adolescentes de hoy en día no duerman de forma adecuada se debe al insomnio tecnológico. En cuanto a la **alimentación**, la **DM** será una variable de estudio en el TFM. Haciendo referencia a la **higiene**, un estudio revela que un elevado porcentaje de niños no tienen adecuados hábitos nutricionales y otras conductas de higiene. Por último, no hay que olvidarse del **agua**, ya que es un recurso natural indispensable para la vida.

MÉTODO: La muestra se compone de 27 adolescentes pertenecientes al CB Boscos (12 jugadores de categoría infantil y 15 jugadores de categoría cadete). Se realizaron dos cuestionarios (ambos validados) realizados en marzo y mayo respectivamente. Se llevaron a cabo los siguientes análisis: prueba t de muestras relacionadas, diagrama de barras a través de Excel, correlaciones bivariadas y análisis cuantitativo exploratorio.

RESULTADOS: Se indican las valoraciones obtenidas para los dos periodos (Pretest- Posttest). Para la **AF** (7,0324-6,7772). Para la **CS** (7,1192-7,5192). En relación a la **DM** (11,78-11,22). En la variable de la **higiene** (8,4833-9). La hidratación de los jugadores fue óptima: (7,8137-7,1871).

CONCLUSIÓN: En base a los resultados obtenidos de **actividad física, calidad del sueño, alimentación, higiene e hidratación**, se llega a la conclusión de que los jugadores del CB Boscos mantienen unas buenas condiciones de salud tanto antes del confinamiento como durante el confinamiento.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Health habits (physical activity, sleep quality, food, hygiene and hydration) in adolescents of the CB Boscos will be discussed to check the situation in which they find themselves. There are not enough studies of feeding and habits of life in basketball players of the lower categories of a club, therefore, with this study based on surveys, it would be possible to detect factors that would make possible the reduction of the performance of these sportsmen in lower ages. It is necessary that both the adolescent and adult population comply with the daily recommendations of PA and screen.

Intervención en un club de baloncesto para estudiar aspectos relacionados con la salud del deportista

On the other hand, SD has been modified since one of the causes of the lack of adequate sleep in children and adolescents today is due to technological insomnia. As far as nutrition is concerned, DM will be a study variable in TFM. Referring to hygiene, a study reveals that a high percentage of children do not have adequate nutritional habits and other hygiene behaviors. Finally, water should not be forgotten, since it is a natural resource indispensable for life.

METHOD: The sample is composed of 27 adolescents belonging to the CB Boscós (12 children's category players and 15 cadet category players). Two questionnaires were carried out (both validated) in March and May respectively. The following analyses were carried out: t-test of related samples, bar chart through Excel, bivariate correlations and exploratory quantitative analysis.

RESULTS: The valuations obtained for the two periods are indicated (Pretest - Posttest). For FA (7,0324-6,7772). For CS (7,1192-7,5192). For DM (11,78-11,22). In the hygiene variable (8,4833-9). The hydration of the players was optimal: (7,8137-7,1871).

CONCLUSION: Based on the results obtained from physical activity, sleep quality, food, hygiene and hydration, it is concluded that CB Boscós players maintain good health conditions both before and during confinement.

PALABRAS CLAVE

Hábitos de salud, actividad física, calidad del sueño, duración del sueño, alimentación, higiene, hidratación.

KEY WORDS

Health habits, physical activity, sleep quality, sleep duration, food, hygiene, hydration.

Índice

0.	Introducción.....	6
1.	Marco teórico.....	7
2.	Objetivos.....	15
3.	Métodos	16
3.1.	Diseño.....	16
3.2.	Muestra.....	16
3.3.	Variables e instrumentos	16
2.3.1	Preguntas y respuestas.....	17
2.3.2.	Valoración	19
3.4.	Procedimiento y material diseñado	20
3.5.	Análisis de datos.....	21
4.	Resultados.....	22
5.	Discusión	31
6.	Limitaciones y fortalezas.....	34
7.	Conclusiones.....	35
8.	Bibliografía y webgrafía.....	36
9.	Anexos.....	39

Listado de abreviaturas

AF: Actividad Física

AFMV: Actividad Física Moderada-Vigorosa

DM: Dieta Mediterránea

DS: Duración del Sueño

IMC: Índice de Masa Corporal

METS: Equivalentes metabólicos necesarios para realizar la actividad.

OMS: Organización Mundial de la Salud

SENC: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria

TAL: Tiempo de Actividad Ligera

TFM: Trabajo Fin de Máster

TIC: Tecnologías de la Información y la Comunicación

0. INTRODUCCIÓN

La realización del trabajo fin de master (TFM) está relacionada con la etapa de la adolescencia. En este caso, se analizará los hábitos de vida saludable, entre ellos, la actividad física, calidad del sueño, alimentación, higiene e hidratación en el Club Baloncesto Boscós, a las categorías Infantil (12-13 años) y Cadete (14-15 años) a través de dos cuestionarios, el inicial realizado en el mes de marzo, y el final realizado durante el Estado de Alarma (vía online) a finales de mayo.

Con respecto a la actividad física (AF), en las siguientes páginas se realizará una breve definición así como diferentes estudios sobre la importancia de esta temática en cualquier sector de la población, dando más importancia a los menores de 18 años. Además, se añadirá las recomendaciones seguidas por la OMS, y la diferencia existente que hay entre inactividad física y sedentarismo. Por último, se comentará el tiempo sedentario y de pantallas a las que están expuestos la población adolescente.

Por otro lado, se recogerán numerosos estudios sobre la importancia de la calidad del sueño (CS) en los adolescentes, ya que pueden aparecer diversos problemas como la ansiedad o depresión pasando por un menor rendimiento escolar y problemas de comportamiento. Se podrá comprobar la forma en la que miden la CS y posteriormente, se podrá comprobar el porcentaje de personas que tienen problemas asociados con el sueño. Actualmente, los niños y adolescentes duermen menos generalmente con respecto a décadas anteriores. El principal motivo es que se vive en una sociedad donde la vida moderna se ha impuesto gracias a la implementación de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) como los móviles, tabletas, ordenadores, etc. Es decir, los adolescentes están habituados a utilizar hasta altas horas de la noche estos dispositivos electrónicos (1).

En el tema de la alimentación, como es lógico, vivimos en un país donde la Dieta Mediterránea (DM) es fundamental para mantener una dieta saludable y equilibrada. En este caso, se realizará una breve definición sobre el concepto así como las características y el contenido de los alimentos. También se comprobará, a través de diversos artículos, que la DM tiene grandes beneficios para la reducción del riesgo cardiovascular.

En cuanto a la higiene, se comentará la importancia que tiene asearse de forma adecuada en cualquier entorno para que haya una buena convivencia entre todas las personas. Habrá que tener en cuenta las condiciones socio-económicas de la familia y la educación que se le haya dado a cada uno de los adolescentes.

Con respecto a la hidratación, se remarcará la importancia de beber agua así como de la ingesta de aquellos alimentos que contengan un gran porcentaje de agua, pasando por una serie de

recomendaciones para evitar la presencia de deshidratación. Además, en el ámbito deportivo, será de especial importancia la toma de líquidos (agua sobre todo) antes, durante y después de la actividad.

Una vez analizados cada uno de los hábitos saludables, habrá algunos que se podrán relacionar a través de enfoques como el de “Canadian 24 hour movement guidelines” en el que AF, tiempo sedentario-pantallas y duración del sueño (DS) son 3 compartimientos que interaccionan a lo largo de las 24 horas que dura un día. Además, se tratará la obesidad como una consecuencia de los posibles malos hábitos de salud que adquiere un adolescente.

En relación a esto último, no hay realizados muchos estudios de hábitos de salud en jugadores de baloncesto de las categorías inferiores de un club. Con este estudio basado en encuestas (KIDMED para la dieta mediterránea; y otras encuestas para valorar el resto de hábitos saludables), se podría detectar factores que posibilitarían la reducción del rendimiento de estos deportistas de edades inferiores.

Además, durante el confinamiento en los meses de finales de marzo, abril y mayo, debido al nuevo virus denominado COVID-19 y que está afectando a la mayor parte del mundo, se ha podido comprobar que los niños son menos activos físicamente, pasan mucho más tiempo en pantallas, tienen sueños más irregulares y una alimentación menos cuidada. (2). Por tanto, las variables citadas anteriormente así como la hidratación e higiene, son las que se quieren evaluar en este TFM, es decir, lo que se pretende es valorar los hábitos de vida antes y durante el confinamiento de los adolescentes de la categorías Infantil y Cadete, en el CB Boscós.

1. MARCO TEÓRICO

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la actividad física (AF) es “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía” (3). Además, hay que tener en cuenta que este término es importante no confundirlo con ejercicio físico (está enfocado a una meta) y con deporte (su principal característica es que está reglado y dispone de federaciones y normativas propias).

La inactividad física es la cuarta causa de muerte en el mundo. Pese a que las pruebas de los beneficios de la AF se conocen desde hace años, la promoción de AF en diversos sectores de la población se ha retrasado, y solamente en los últimos años se ha podido llevar a cabo (4). Hay estudios que demuestran que las personas inactivas tienen más riesgo de sufrir enfermedades como la cardiopatía coronaria, diabetes tipo 2 y cáncer de mama o de colon acortando de esta manera la

esperanza de vida de estos individuos (5). Además, en población joven (5-17 años), la AF puede favorecer el rendimiento educativo (6).

Siguiendo con la misma temática, se recoge en el trabajo de Ng y Popkin (7) una comparativa de los niveles de AF en un periodo de cuarenta años, en el que se muestra un cambio significativo en los dominios de AF vinculada al trabajo y al desplazamiento. En cuanto al trabajo, cabe destacar que las profesiones de hoy en día suelen ser más sedentarias que en el pasado, ya que se ha pasado de realizar trabajos de campo a realizar labores de oficinista en la actualidad (7).

Si nos vamos al tema del desplazamiento, observamos un gran cambio en los medios de transporte provocando una actitud menos activa del ser humano. Sin embargo, no se muestran cambios significativos en la realización de AF al aire libre ni en las actividades domésticas (7). En la misma línea, la revisión sistemática de Balboa (2020) llega a la conclusión de que si se quiere invertir esta situación, se debe aumentar la seguridad y mejorar el apoyo social por parte de todas las entidades (colegio, familia). Es decir, se deben desarrollar políticas de salud pública para mejorar el entorno construido y los problemas de tráfico en la ruta a la escuela así como desarrollar intervenciones educativas para mejorar las percepciones negativas de los padres sobre el transporte activo de sus hijos (8).

En relación a lo anterior, la inactividad física está valorada como pandemia (al ser la cuarta causa de mortalidad mundial). Por tanto, la OMS pone en conocimiento de la población una serie de recomendaciones sobre AF: En adultos se debería hacer una actividad física moderada y/o vigorosa (AFMV) de 150 minutos semanales mientras que si se va a la población de interés en este TFM, que son los niños y adolescentes (5-17 años), deberían realizar 60 minutos diarios de AVMV (3).

Pese a las recomendaciones citadas anteriormente por la OMS, solo las cumple el 69% de los adultos de forma aproximada (9). Si nos vamos a la población de niños y adolescentes, en la mayoría de países europeos, menos del 50% no cumplen con las recomendaciones de AF, añadiendo que en los países bañados por la costa mediterránea solamente el 14,66% de este sector de la población cumplen con las recomendaciones de AF (10) Por los datos ofrecidos anteriormente, se puede demostrar que los menores de edad tienen unas bajas tasas de cumplimiento de las recomendaciones de AF (11).

Además, es importante no confundir sedentarismo con inactividad ya que las personas inactivas son las que no cumplen con las recomendaciones de AF, es decir, si un sujeto realiza una AVMV de menos de 150 minutos semanales es considerada como persona inactiva, pero no tiene por qué ser sedentaria, aunque en la mayor parte de ocasiones se pueden asociar a una misma persona. Otra de las opciones es que una persona sea sedentaria porque presente una enorme cantidad de tiempo por debajo de una actividad de 1,5 METS, pero sea activa al cumplir con las recomendaciones de AF (12).

Siguiendo con el artículo de Borge (2015), se destaca que el desarrollo de las nuevas tecnologías ha propiciado que los niños y adolescentes modifiquen sus actividades lúdicas pasando de ser activas, como la práctica deportiva, a la realización de otras de carácter más sedentario ligado al denominado tiempo de pantallas (televisión, ordenador, tableta, etc.). Además, la tendencia va en aumento conforme más edad tienen los adolescentes así como el aumento de porcentaje de actividad sedentaria los días de fin de semana (13).

Por otro lado, la CS se ha relacionado con el bienestar y de gran importancia para toda la población. Si hablamos de los niños-adolescentes, el problema del sueño puede llegar a tener repercusiones negativas en la salud física y bienestar emocional: problemas de ansiedad y depresión, un menor rendimiento escolar, problemas de comportamiento o quejas somáticas (14). Siguiendo con el artículo de Orgilés (2013), se explica que debido a los posibles efectos negativos que se puede tener, es necesaria la evaluación en los niños en edad escolar a través de diferentes instrumentos: hay unos que se centran en un dominio específico (rutinas de sueño, sueño durante el día, calidad del sueño) mientras que otros son multidimensionales. En este estudio (14), y basándose en la evaluación multidimensional, se pudo comprobar que el 9,3 % de la población infantil y adolescente tenían problemas asociados al sueño. Sin embargo, en otros estudios el porcentaje fue mucho mayor (entre el 20% al 43%).

En cuanto a las asociaciones entre la corta duración del sueño y el riesgo de obesidad en los niños, hay estudios longitudinales prospectivos en niños que han demostrado que la duración insuficiente de sueño puede hacer que el niño tenga más posibilidades de tener sobrepeso u obesidad. En el artículo de Miller (15) se pudo demostrar que los análisis de subgrupos mostraron que el efecto del sueño corto influye de forma significativa en el riesgo de sobrepeso u obesidad para cada grupo de edad. Además, los trastornos del sueño en los adultos en un futuro próximo, puede ocasionar enfermedades crónicas como la hipertensión, diabetes tipo II, depresión, cáncer y un mayor riesgo de mortalidad (16).

Como ya se avanzó en la introducción, la duración del sueño diario de niños y adolescentes es inferior con respecto a décadas anteriores ya que se vive en una sociedad donde las TICs (ordenadores, móviles, tableta, etc.) han supuesto una gran distracción para que esta población en concreto, disminuya la realización de actividad y la reducción de la CS (1). En relación a esto último, el artículo de Gallardo (2017) comenta que el insomnio tecnológico es una de las causas y, al mismo tiempo, un reiterado problema ya que los adolescentes de hoy en día se ponen delante de pantallas iluminadas antes de irse a dormir. Además, este tipo de pantallas tienen mucho contenido de luz azul dificultando la conciliación del sueño (17).

Por otro lado, una dieta apropiada y saludable debe proporcionar todos los nutrientes necesarios en cantidades adecuadas, además de aportar variedad de alimentos diferentes y suministrar suficiente

Intervención en un club de baloncesto para estudiar aspectos relacionados con la salud del deportista

energía para conseguir un crecimiento y desarrollo saludable en la etapa adolescente (18). En este caso, España y el resto de países europeos que están bañados por la costa mediterránea se ven beneficiados por este tipo de alimentación denominada Dieta Mediterránea (DM).

La DM se caracteriza por un alto consumo de aceite de oliva, fruta, nueces, vegetales y cereales; ingesta moderada de pescado y aves de corral; una ingesta baja de productos lácteos, carne rojas, carnes procesadas y dulces (19).

Las características de la DM en niños y adolescentes son las siguientes (20):

- 2-3 raciones diarias de productos lácteos (por ejemplo, leche, yogur, queso, etc.).
- 2-3 raciones diarias de alimentos ricos en proteínas (por ejemplo, carne, aves de corral, pescados, legumbres, huevos o frutos secos).
- 6-11 raciones de alimentos ricos en hidratos de carbonos complejos y no refinados (por ejemplo, pan, cereales, arroz o pasta).
- 2-4 raciones diarias de fruta.
- 3-5 raciones diarias de verduras.

En el artículo de Estruch, se realizó una comparativa, en 3 grupos distintos: dos grupos de DM (uno complementado con aceite de oliva extra virgen y otro con nueces) en comparación con una dieta baja en grasas que era la recomendación para pacientes con riesgo cardiovascular. Se pudo comprobar que la diferencia en las tasas de eventos cardiovasculares entre los asignados a las DM y las asignadas a los de dieta control, apoyaron beneficios reportados de la DM para la reducción del riesgo cardiovascular. Por consiguiente se puede llegar a la conclusión de que el porcentaje de mortalidad cardiovascular y accidente cerebro-vascular en el Mediterráneo es inferior al de países del norte de Europa y los Estados Unidos (19).

En otro estudio sobre la población griega, en la línea del artículo anterior, se asoció un alto grado de la adhesión a la DM con una reducción de la mortalidad total, verificándose a través de una evaluación de 10 puntos de la DM incorporando sus principales características (19). Siguiendo en la misma línea, otro estudio reveló que el 28% tenía una baja adherencia de la DM en Grecia, Chipre y Turquía mientras que en España y Chile tenían un 11% de baja adherencia en edades comprendidas entre 2 y 25 años llegando a la conclusión de que existe una clara tendencia hacia el abandono del estilo de vida mediterráneo (21).

Intervención en un club de baloncesto para estudiar aspectos relacionados con la salud del deportista

En cuanto a la higiene, el estudio de Masía (2012) comenta que numerosos artículos demuestran que un elevado porcentaje de niños no tiene adecuados hábitos nutricionales, de AF y de otras conductas de higiene. Sin embargo, los resultados de este artículo demuestran lo contrario, ya que la mayor parte de los niños (80% aproximadamente) manifestó lavarse las manos antes de comer y cepillarse los dientes mientras que la ducha fue un hábito menos utilizada por parte de estos niños (22). Si hacemos referencia a nuestro TFM, la mayor parte de los jugadores viven en unas condiciones que permite llevar a cabo los hábitos principales de aseo personal (ducha, lavarse los dientes, lavado de ropa, etc.) Pese a ello, hay casos aislados de jugadores que viven en unas condiciones socio-económicas inferior a la de los demás, lo que hace más complicado el mantenimiento de la higiene básica. Sin embargo, los entrenadores les ayudan y educan para que mantengan una higiene y aseo adecuada.

Por otro lado, no hay que olvidarse que el agua es el componente mayoritario en el organismo humano. Es decir, es un recurso natural indispensable para la vida y su ingesta inadecuada de líquidos de manera continuada favorece la presencia de la deshidratación que puede tener relación con algunas patologías. Hay que tener en cuenta no solo el agua aportada a la ingesta de bebida y otros líquidos, sino también el agua contenida en alimentos como frutas, verduras y preparaciones culinarias como zumos de tomate, sopas, cremas y purés (23).

En la actualidad, la mayoría de personas desconocen la importancia de hidratarse de forma adecuada ya que si ocurre lo contrario puede tener relación con las siguientes enfermedades: litiasis renal, infecciones del tracto urinario y algunos tipos de cánceres como el de vejiga, enfermedad dental y estreñimiento entre otras (23). En consecuencia, la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria promueve la Guía para una Hidratación Saludable de forma similar a como se realizaron las recomendaciones de alimentación y actividad física (23):

- Ingerir líquidos en cada comida y entre las mismas
- Elegir el agua preferentemente al resto de bebidas, a ser posible agua con un adecuado contenido en sales minerales.
- Aumentar el consumo diario de frutas, verduras y ensaladas.
- No esperar a tener sensación de sed para beber. Disponer de agua u otro líquido a mano.
- Mantener las bebidas a temperatura moderada, pues si están muy frías o muy calientes se suele beber menos.
- Niños y ancianos son colectivos que presenta mayor riesgo de deshidratación.

Intervención en un club de baloncesto para estudiar aspectos relacionados con la salud del deportista

- Elegir las bebidas de acuerdo con el nivel de AF, necesidades de salud y estilo de vida.
- Aumentar la ingesta de líquidos en ambientes calurosos, situaciones de estrés y antes, durante y después del ejercicio. En cuanto a este último criterio se hará especial referencia en las siguientes páginas.
- Si está vigilando la ingesta calórica o el peso corporal, consuma siempre agua y bebidas bajas en calorías.
- Diez raciones de líquidos al día es una buena referencia para una correcta hidratación (balance total) 1 ración igual a 200 a 250 ml.

A continuación, en la figura 1, se podrá observar la pirámide de la hidratación, en la cual, las bebidas que están en la base son las más sanas mientras que las que están en la punta de la pirámide son las menos recomendables (24):

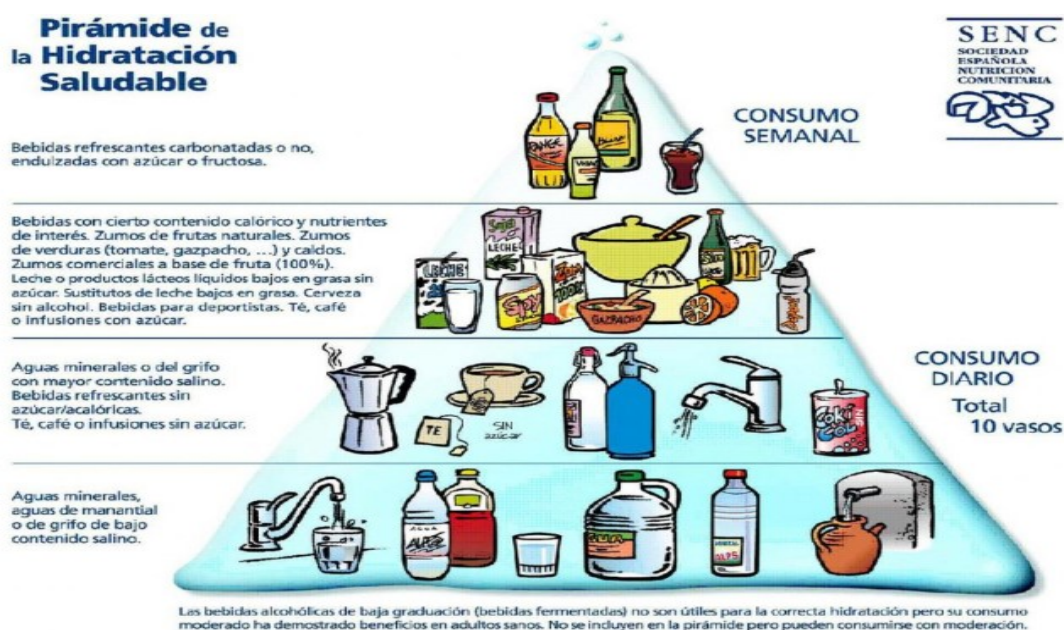


Figura 1.- Pirámide de la hidratación saludable según la SENC

Si hacemos referencia a la realización de AF, la hidratación es un factor determinante para el rendimiento deportivo y por consiguiente, una correcta hidratación supone grandes beneficios para la salud. Los deportistas tienen que estar bien hidratados antes, durante y después de la actividad. (25).

Por tanto, en un estado de deshidratación debida a la sudoración, afecta considerablemente al rendimiento físico, pero también al estado de salud por la pérdida de electrolitos que se dan, especialmente de sodio, y que pueden reponerse con bebidas isotónicas. Además, un estado de deshidratación de un 2% puede suponer un aumento de la frecuencia cardiaca (FC) a la misma

intensidad y pérdida de la eficiencia fisiológica (25). Las recomendaciones señalan que una persona adulta sedentaria se considera adecuada, la ingesta de 2 litros/día (8 vasos al día) y cuando es una persona físicamente activa, 3 litros (12 vasos al día).

Todos los hábitos saludables que se han comentado en páginas anteriores, puede suponer en su conjunto, factores positivos en la población y poder llegar a alcanzar el completo bienestar físico, social y psicológico.

A partir de esta situación, nació un nuevo enfoque denominado “Canadian 24 hour movement guidelines” (2016) enfocado a niños y jóvenes de 5-17 años, ya que a pesar de los beneficios que tiene la AFMV, solo representa el 4% de las 24 horas que componen un día y por ese motivo, se debe prestar atención a otros indicadores de salud que se producen a lo largo del día como la duración del sueño (DS) y el tiempo sedentario-pantallas. Por tanto, se señaló que AF, tiempo sedentario-pantallas y duración del sueño son tres compartimientos que prevalecen e interaccionan a lo largo de las 24 horas de un día tal y como se puede observar en la figura 2 (26).

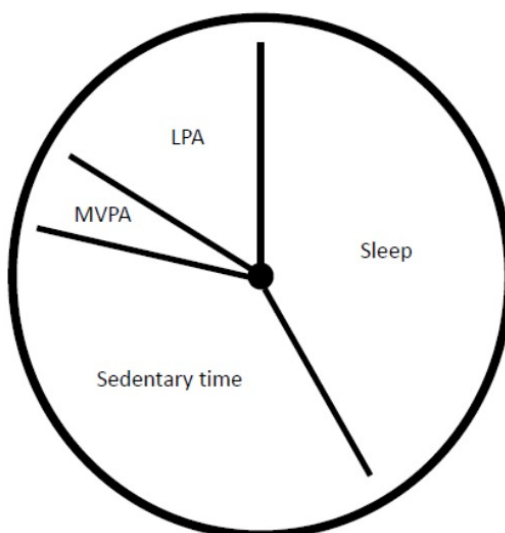


Figura 2. Estimación de los comportamientos de movimiento a lo largo del día. Extraído de Chaput et al. (2014).

MVPA: Actividad física moderada vigorosa (AFMV); LPA: Actividad física ligera (AFL).

Por tanto, teniendo como referencia este enfoque, se podrá observar las recomendaciones para niños basándose en AFMV, CS y uso de pantallas (26):

- Calidad del sueño: 9-11 horas para los niños de entre 5 y 13 años; 8-10 horas de sueño para los adolescentes de entre 14-17 años.
- AF: 60 minutos como mínimo de AFMV incluyendo a una variedad de ejercicios aeróbicos. Además, se debería realizar actividades de fuerza 3 días a la semana como mínimo.

Intervención en un club de baloncesto para estudiar aspectos relacionados con la salud del deportista

- Pantallas: no más de 2 horas por día de tiempo de pantalla recreativa (móvil, tabletas, etc.).

Siguiendo con la misma temática, el estudio de Saunders (2016), tuvo como principal objetivo determinar cómo las combinaciones de AF, tiempo sedentario-pantalla y CS se asociaban con importantes indicadores de salud en niños y adolescentes de entre 5-17 años. En este caso, los niños y adolescentes que tenían una combinación alta de AF, sueño alto y poca actividad sedentaria, tenía mejores medidas de adiposidad y salud cardiometabólica. Además, en la última década, numerosos estudios han destacado los beneficios que aportan para la salud, los niveles altos de AF, bajo comportamiento sedentario y suficiente sueño (27).

En el estudio de Sevil (28), los resultados mostraron que solo un 2,4% y un 3% de adolescentes cumplieron con las 3 recomendaciones entre semana y el fin de semana respectivamente (AF, calidad del sueño y tiempo sedentario-pantallas); y un 10,6% y 34,1% no cumplieron ninguna de las 3 recomendaciones entre semana y el fin de semana respectivamente. Respecto a la CS, se pudo comprobar que la mayoría cumplía con las recomendaciones entre semana (86,9%) y solamente la mitad el fin de semana (56,5%), mientras que con respecto al cumplimiento de las recomendaciones de AF y de tiempo sedentario-pantallas, el porcentaje también era superior entre semana que el fin de semana (28).

A nivel mundial, la obesidad infantil presenta una tendencia creciente tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo, estimándose que actualmente afecta a 42 millones de niños (29). Además, se observa un mayor riesgo de sobrepeso y obesidad en personas con un bajo nivel socioeconómico al impedirse la realización de AF en instalaciones deportivas así como el incremento de alimentos hipercalóricos.

De esta manera, el estudio de Ratner (2013) demostró que en algunos casos, la reducción de la prevalencia de obesidad se consiguió gracias a la ingesta de frutas y verduras de los sujetos, destacando que un tercio de estos sujetos, tuvo una evolución positiva (29). Esto se debe a que según las recomendaciones de la OMS, una dieta saludable y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular y una calidad del sueño adecuada es un elemento fundamental para la salud (30). Dicho de otra manera, una de las razones por la que existe un gran porcentaje de obesidad infantil en el mundo, pueda ser debido a los malos hábitos de salud en: AF, CS, alimentación, higiene e hidratación que adquieren los niños y adolescentes. Debido a que esta temática suscita un gran interés, en el TFM se plantea un estudio sobre los hábitos de salud.

Tal y como apunta el Consumo de Ministerio el impacto del verano en niños y adolescentes con sobrepeso puede suponer un aumento del Índice de Masa Corporal (IMC) ya que no están obligados a realizar actividades fuera del entorno escolar aunque promocionen la realización de la AF (31). Los meses de confinamiento debido al Covid 19 han supuesto una situación similar a la de verano,

destacando la reducción de AF y el incremento de comportamientos sedentarios y tiempo de pantalla; aumento de alimentos altos en calorías; patrones de sueño irregulares. Todos estos factores han generado respectivamente el aumento de peso y pérdida de aptitud cardiorrespiratoria; aumento de peso; aumento de estrés y aumento de peso (31).

En cuanto al consumo de alimentos según el Ministerio, variaron durante el periodo de confinamiento: incremento de consumo de alimentos tales como los frutos secos, tabletas de chocolate, bebidas espirituosas, cervezas, harinas y sémolas, mientras que la ingesta de frutas y hortalizas obtuvo un descenso significativo. Además, se llegó a la conclusión de que el descenso de la actividad física y el incremento de la ingesta durante el confinamiento supusieron un aumento de 3 kilos de media en los sujetos (31). Por último, no se debe olvidar que el impacto psicológico puede generar: miedo a infecciones, frustración, aburrimiento, información inadecuada, distanciamiento social con sus compañeros y profesores, falta de espacio personal en el hogar y pérdidas económicas de la familia (2). Entonces, en base a todo esto, estaría bien que se pudiera estudiar todo esto en el TFM para comprobar si se cumple de forma estimada, el incremento de la ingesta y reducción de la AF así como el comportamiento de la CS, hidratación e higiene.

2. OBJETIVOS

Teniendo como referencia la introducción y el marco teórico del TFM, **el principal objetivo** de la investigación es el de:

- **Identificar y evaluar hábitos de vida antes y durante el confinamiento en casa (actividad física, calidad del sueño, alimentación, higiene e hidratación) en el equipo CB Boscos de las categorías infantil y cadete.**

Para conseguir ese objetivo principal, se formulan los siguientes **objetivos específicos**:

- **Analizar por separado los hábitos de salud.**
- **Comprobar los jugadores que cumplen con las recomendaciones de pantalla y AF, DS e hidratación.**
- **Comprobar la relación que existe entre los hábitos de salud.**
- **Analizar las respuestas de reflexión de los jugadores sobre AF, CS y alimentación durante el confinamiento.**

3. MÉTODOS

3.1. Diseño

La realización de este TFM es un estudio descriptivo con dos tiempos de medida, ya que se realiza dos cuestionarios en diferentes periodos de tiempo: en el mes de marzo (antes del confinamiento) y en el mes de mayo (durante el confinamiento) para analizar las posibles diferencias que pueden existir entre los grupos.

3.2.Muestra

El Club Baloncesto Boscos, situado en el colegio de Salesianos de la ciudad de Huesca, fue elegido por conveniencia para participar en este estudio. Para ello, para poder realizar una comparativa de hábitos de vida saludable (AF, alimentación, CS, hidratación e higiene). Al principio, se pidió participar a 28 jugadores de las categoría infantil y cadete, sin embargo se obtuvo una muestra de 27 jugadores (15 cadetes y 12 infantiles), por lo que el 96,43% accedieron a realizar los cuestionarios. Por otro lado, finalizaron la investigación 25 jugadores (13 cadetes y 12 infantiles), es decir, el 92,59% se mantuvieron en el estudio. Por tanto, hubo varios datos perdidos ya bien por la no participación del jugador o por no completar todas las respuestas del cuestionario.

3.3.Variables e instrumentos

Todos los datos y variables fueron recogidos a través de la realización del cuestionario por parte de los jugadores. En este caso, el segundo test se tuvo que realizar a través de vía online ya que no existía ninguna posibilidad de reunir a los jugadores. Como ya se ha comentado en líneas anteriores, se trataron temas relacionados con los hábitos de salud (i.e.,) en base a los objetivos planteados.

Por tanto, se analizaron las variables de AF, CS, alimentación, higiene e hidratación así como la realización del cuestionario en dos periodos de tiempo (antes y durante el confinamiento).

A continuación, se comentarán los instrumentos que se han utilizado, de tal manera que se indicará la pregunta y las posibles respuestas de cada uno de los cuestionarios. Hay que añadir que estos cuestionarios están validados.

2.3.1 Preguntas y respuestas

- En la primera parte del cuestionario, se midió la variable del comportamiento sedentario a través de las siguientes preguntas (32):
 - *¿Con qué frecuencia sueles ver la televisión? ¿Cuánto tiempo dedicas al ordenador-móvil para jugar o ver vídeos?, ¿y en verano? Si tienes alguna videoconsola, ¿cuánto tiempo juegas?, ¿y en verano?*
 - Las respuestas que tuvieron que contestar los jugadores fueron las siguientes: Nunca, 1-3 horas al día, 4-6 horas al día, 6 horas o más. En cuanto a la última pregunta, los jugadores tuvieron que elegir entre: deportes colectivos, deportes individuales, deportes en el medio natural, realizas AF por tu cuenta, otros deportes con su respectiva frecuencia: no realizo esta actividad, 2-3 veces al mes o rara vez, 1 vez a la semana, 2 veces a la semana o más.
- En segundo lugar, se midió la variable relacionada con la AF mediante las siguientes preguntas (33):
 - *En la última semana, ¿cuántos días te sentiste físicamente activo durante al menos 60 min/día? Además, en la última pregunta sobre este apartado, se les preguntó sobre lo siguiente: Aparte del baloncesto, ¿realizas algún otro deporte o actividad?*
- A continuación, se midió la variable de la calidad del sueño (CS) con las siguientes preguntas (34):
 - *¿Te vas a dormir todos los días a la misma hora? ¿Sueles dormirte rápido cuando te vas a la cama? ¿Te levantas a lo largo de la noche por cualquier motivo? ¿Te despiertas antes de lo previsto porque no puedes dormir más? Cuando estas en el colegio, ¿cuántos días te sientes con sueño? ¿Cuántas horas sueles dormir cada día aproximadamente?*
 - Las posibles respuestas fueron las siguientes: Nunca, pocas veces (1-2 días), A veces (3-4 días), muchas veces (5-6 días), siempre (7 días). Sin embargo, en la última pregunta solo hubo 3 posibles respuestas: 6 horas o menos, 7-8 horas, 9 horas o más.
- Para poder comprobar que los sujetos cumplen con las recomendaciones de la DM, habrá que trabajar con cuestionarios como el de PREDIMED, en el cual habrá 14 preguntas que los sujetos deberán responder, sin embargo, en este caso, como la investigación se hará a adolescentes habrá que seleccionar el cuestionario KIDMED con 16 criterios. Por tanto, las

Intervención en un club de baloncesto para estudiar aspectos relacionados con la salud del deportista

características de la DM estarán recogidas en los criterios del cuestionario (35). En este caso, los jugadores deberán contestar SI o No en función de la ingesta de los alimentos que aparecen en dicho cuestionario. En función de la respuesta en cada uno de los apartados, se le sumará o restará un punto cuando el sujeto conteste Si a las siguientes afirmaciones:

- *Toma fruta o un zumo natural (+1), toma una segunda pieza de fruta todos los días (+1), Toma ensaladas o verdura cocinada de forma regular más de una vez al día (+2), Consume pescado con regularidad (2-3 veces a la semana) (+1), acude una vez o más a la semana a un centro de comida rápida tipo Burger King (-1), come legumbres más de una vez a la semana (+1), toma pasta o arroz casi a diario (5 veces a la semana o más) (+1), desayuna un cereal o derivado (pan) (+1), toma frutos secos con regularidad (2-3 veces a la semana) (+1), se utiliza aceite de oliva en casa (+1), desayuna (+1), desayuna un lácteo (yogurt, leche) (+1), desayuna bollería industrial, galletas o pastelitos (-1), toma dos yogures y dos porciones de queso al día (+1), toma golosinas y/p caramelos varias veces al día (-1).*
- Posteriormente, la variable trabajada fue la de la higiene con sus respectivas preguntas en el cuestionario (33):
 - *¿Con qué frecuencia te cepillas los dientes? ¿Cuántos días a la semana te duchas? Después de haber realizado deporte, ¿te duchas? ¿Te duchas con jabón? Cuando vas a entrenar, ¿te llevas ropa de recambio?*
 - En las dos primeras preguntas, los alumnos tenían que contestar a una de las 5 respuestas planteadas: Ningún día, muy pocas veces (1-2 veces días), de vez en cuando (3-4 días), la mayoría de veces (5-6 días), todos los días. En las 3 últimas preguntas, tuvieron que elegir entre 3 respuestas: Nunca, a veces, siempre.
- La última medición estuvo relacionada con la variable de la hidratación, en la cual, se quiso estudiar, a través de preguntas recogidas en el cuestionario, tanto la ingesta de agua en un día normal, como en un día donde hubiesen realizado AF. En este caso, basándose en los artículos sobre este contenido se diseñaron las siguientes preguntas:
 - *¿Cuántos vasos de agua bebes al día? ¿Antes de empezar la práctica deportiva bebes agua? ¿Durante la práctica deportiva bebes agua? ¿Después de la práctica deportiva bebes agua?*

Intervención en un club de baloncesto para estudiar aspectos relacionados con la salud del deportista

- En la primera pregunta tuvieron que elegir una de estas respuestas: 0-5 vasos, 5-10 vasos, 11 vasos o más. En las 3 últimas preguntas, tuvieron que elegir entre: Nunca, a veces, siempre.

Las preguntas y respuestas del cuestionario fueron muy similares en los dos periodos de tiempo analizados, sin embargo, en el cuestionario del mes de Mayo, se incluyó 3 preguntas de respuesta abierta que los jugadores debían escribir en 3 líneas como máximo. Las cuestiones planteadas, que se recogen de forma cualitativa, fueron las siguientes:

- *Como ya sabes, el estado de alarma ha provocado que te hayas tenido que quedar en casa. En cuanto a la realización de AF o deporte, ¿qué es lo que más has echado en falta?*
- *Si piensas que has modificado tu conducta en cuanto a la calidad del sueño contesta la siguiente pregunta: ¿Por qué crees que ha sucedido? En caso de que la respuesta sea No, justifica la respuesta también.*
- *En el último mes y debido al confinamiento, ¿piensas que tu alimentación se ha visto modificada? ¿Por qué?*

2.3.2. Valoración

- La ponderación en la evaluación de los test fue realizada por mí. A continuación, se mostrará la manera en que evalué los test:
- En el cuestionario sobre AF y comportamientos sedentarios, que constaba de 6 preguntas, la puntuación máxima que se podía alcanzar era de 24 puntos. Por tanto, en las 5 primeras preguntas, si la respuesta era “Nunca” se obtenía 4 puntos mientras que si se respondía 6 horas o más se conseguía 1 punto; de esta manera 1-3 horas al día y 4-6 horas al día obtenían 1 y 2 puntos respectivamente. En la penúltima pregunta, “siempre” está valorada en 4 puntos, “casi siempre” en 3 puntos, “a veces” en 2 puntos y “muy pocas veces o nunca” en 1 punto. En la última pregunta se recogerán los datos de forma cualitativa.
- En cuanto al cuestionario de calidad del sueño, con otras 6 preguntas, la puntuación máxima era de 30 puntos. En este caso, la respuesta más positiva tenía una puntuación de 5 puntos, hasta llegar a la más negativa que tenía un valor de 1 punto. En la última pregunta, solo había 3 respuestas posibles, por tanto, la más positiva fue valorada con 5 puntos, la intermedia con 3 puntos y la más negativa con 1 punto.

Intervención en un club de baloncesto para estudiar aspectos relacionados con la salud del deportista

- Con respecto al cuestionario sobre la DM, cada respuesta positiva sumaba 1 punto y la respuesta negativa 0 puntos. Por tanto, la puntuación máxima era de 16 puntos. Además, si un jugador contestaba Sí a la ingesta de comida rápida, bollería industrial y golosinas se le restaba 1 punto. En este caso, había 3 posibles valoraciones en función de la nota obtenida: dieta de muy baja calidad (3 puntos o menos), necesidad de mejorar el patrón alimentario para ajustarlo al modelo mediterráneo (4-7 puntos) y DM óptima (8 puntos o más).
- Sobre el cuestionario de higiene, la puntuación máxima era de 25 puntos con 5 preguntas a responder. La respuesta más positiva tenía una puntuación de 5 puntos y la más negativa tenía 1 punto. En las 3 últimas preguntas, solo se dio 3 opciones a elegir, por tanto, la nota más positiva tuvo un valor de 5 puntos, la intermedia de 3 puntos y la más negativa de 1 punto.
- En el cuestionario de hidratación, la puntuación máxima fue de 12 puntos y con un total de 4 preguntas, destacando que la puntuación más alta valía 3 puntos, la intermedia 2 puntos, y la más baja 1 punto.

Hay que destacar que en cada uno de los cuestionarios se dividió la nota obtenida por cada jugador entre la puntuación máxima. De esta manera, se pudo sacar un valor sobre 10 de cada uno de los jugadores para comprobar su compromiso sobre los hábitos de salud.

3.4.Procedimiento y material diseñado

El primer paso fue informar al coordinador del CB Boscos en qué consistía el proyecto y en la medida de lo posible, la opción de mantener una colaboración entre el investigador con aprobación del CEICA (Acta Nº 16/2020). Posteriormente, a través del consentimiento informado (Anexo 1) se informó a los padres de los jugadores, los cuestionarios que iban a realizar sus hijos. Los días anteriores al comienzo del cuestionario, se explicó a los jugadores de qué manera debían hacerlo antes de su entrenamiento. Debían rodear una sola respuesta por pregunta siendo lo más sinceros posibles, destacando que, en el test realizado en mayo, los jugadores tuvieron que contestar a tres preguntas de respuestas abiertas en un máximo de tres líneas.

Durante la primera semana de marzo, se les proporcionó a los jugadores de Infantil y Cadete los cuestionarios iniciales (Anexo 2) aprovechando la hora de entrenamiento de ambas categorías ya que el cuestionario constaba de 39 preguntas que rápidamente se podían contestar (en unos 10-15 minutos aproximadamente). Una vez realizado el cuestionario, los jugadores entregaron la hoja rellena y volvieron a realizar su entrenamiento programado.

El cuestionario final se realizó en el mes de mayo. Los jugadores tuvieron la facilidad de poder contestarlo cuando ellos quisieran ya que se tuvo que realizar vía online a través de google docs. (Anexo 3). Esta última parte de la investigación se realizó de esta manera porque desde mediados de marzo hasta la actualidad, la mayor parte de las personas se han tenido que quedar confinadas en casa debido a la COVID-19. Por tanto, cada uno de los cuestionarios, tenían la misión de responder al objetivo general y a los objetivos específicos del estudio diseñado.

3.5. Análisis de datos

El análisis de datos fue realizado mediante Excel 2010 y el programa IBM SPSS Statistics 25 estableciendo un nivel de significatividad (p valor) de 0,05 para todos los análisis ejecutados.

En primer lugar, se apuntó en una tabla Excel las puntuaciones de cada uno de los jugadores (la nota fue sobre 10 en cada uno de los hábitos saludables a analizar: actividad física, calidad del sueño, alimentación, higiene e hidratación) de cada uno de los cuestionarios.

Una vez traspasado los datos a SPSS, se seleccionaron los siguientes casos:

- Prueba T de muestras relacionadas para comprobar los resultados entre los diferentes hábitos saludables de forma separada, en los dos periodos de tiempo analizados. En ellas, aparecerán las medias y desviaciones típicas de cada una de las variables así como la significación bilateral para comprobar si hay diferencias significativas.
- Se realizaron varios diagramas de barras a través de Excel, para comprobar el número de jugadores, expresado en porcentaje, que cumplía con las recomendaciones de pantallas y AF (televisión, ordenador-móvil, videoconsola-tableta, AF durante al menos 60 min/día) DS (duración de sueño), e hidratación (vasos de agua al día, hidratación a la hora de realizar deporte) durante el pretest y posttest.
- Correlaciones bivariadas para analizar la relación existente entre AF, calidad del sueño, alimentación, higiene e hidratación. Se pretende conseguir que haya resultados significativos si combinamos los diferentes hábitos saludables mencionados anteriormente.
- Análisis cualitativo exploratorio en el cual, se recogerán algunas frases de reflexión de los jugadores de forma cualitativa.

4. RESULTADOS

Cada una de las variables eran analizadas en dos periodos de tiempo diferentes: antes de decretarse el Estado de Alarma y durante el confinamiento en casa, de forma online.

1. En primer lugar, se va a llevar a cabo una prueba T para muestras relacionadas para poder realizar la comparativa de los niveles de AF, CS, alimentación, higiene e hidratación por separado en los dos periodos de tiempo analizados. En este caso, se recogerán el número de sujetos, la media y la desviación típica de cada una de las variables, y la significación bilateral.

Tabla 1. Prueba t de muestras relacionadas.

Pretest	Var*	N ^{\$}	Media	Des	Posttest	N	Media	Des	Sig.(b)
	AF	25	7,0324	1,18757		25	6,7772	1,09316	0,464
	CS	25	7,1192	1,58623		25	7,5192	1,35771	0,221
	Ali	25	7,3604	1,69421		25	7,0132	1,54204	0,439
	Hig	24	8,4833	0,98672		24	9	0,72232	0,038
	Hid	24	7,8137	1,19941		24	7,1871	0,29157	0,100

Nota. *Variables: AF, actividad física; CS, calidad del sueño; Ali, alimentación; Hig, higiene; Hid, hidratación. ^{\$}Número de jugadores que respondieron a ambos test.

Como puede observarse en la tabla 1, las medias de cada variable se han calculado sobre 10. Pero en el caso de la alimentación, a continuación se va a añadir sobre 16, ya que a la hora de realizar los comentarios sobre la dieta mediterránea (DM) se ha respetado la escala propuesta en el artículo de referencia (35). Por tanto, la media de la DM sobre 16 es la siguiente: **Pretest (11,78) y Posttest (11,22)**. De todas maneras, el resto de resultados se mantienen igual (Des. y sig. Bilateral).

2. Apoyándose en el marco teórico, se comprobará, a través de diagrama de barras, el cumplimiento de las recomendaciones de AF, tiempo sedentario-pantallas, calidad del sueño e hidratación de los jugadores que participan en el estudio en los periodos de tiempo analizados:

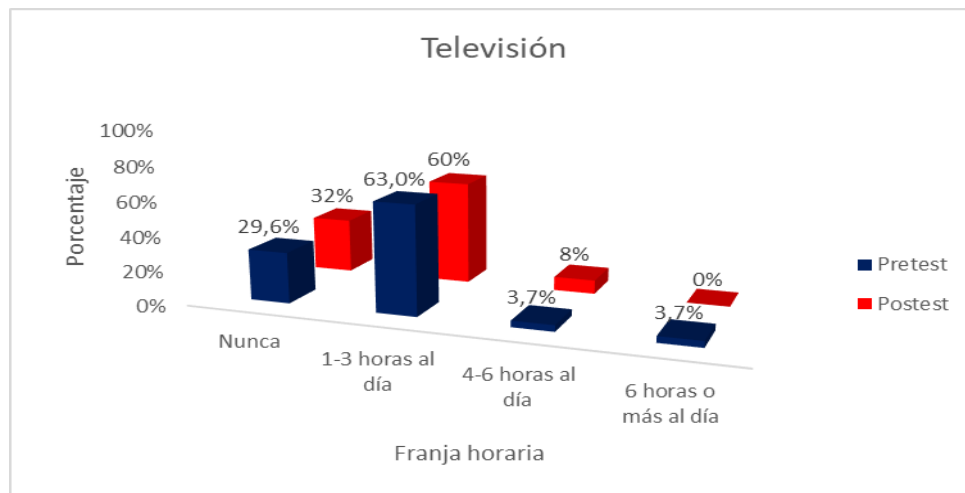


Figura 3. Horas de televisión.

En la figura 3, se observa que el 29,6% cumple con las horas recomendadas de pantalla de televisión mientras que el 32% de los jugadores la ven entre 1-3 horas. Con respecto al periodo del posttest no se aprecian grandes diferencias ya que el porcentaje del cumplimiento de recomendaciones de pantalla es muy similar al periodo anterior (32%).

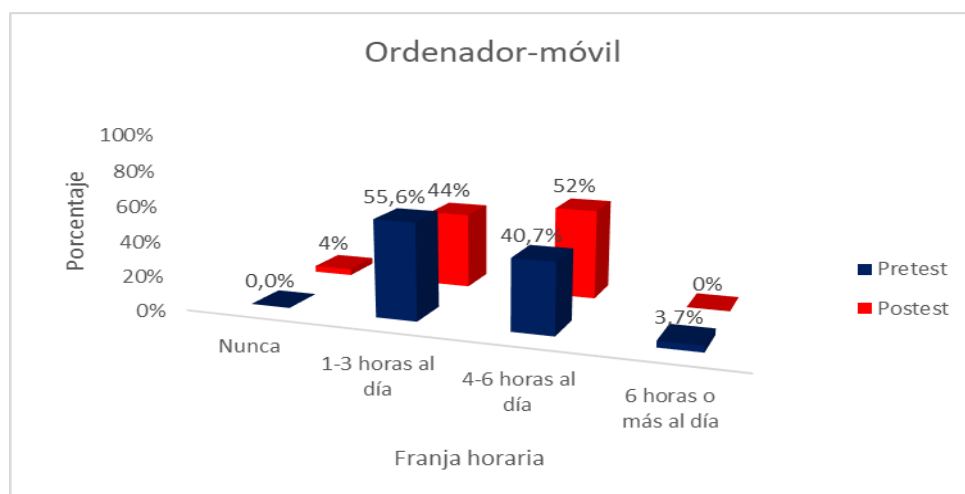


Figura 4. Horas de ordenador-móvil.

En cuanto a la figura 4, el 55,6% utilizan el ordenador-móvil entre 1-3 horas, destacando que uno de los jugadores dedica más de 6 horas al día al uso de estos aparatos. Durante el periodo del posttest, el porcentaje disminuye ligeramente ya que el 44% utilizan estos aparatos entre 1-3 horas, mientras que el 52% de los jugadores los utilizan 4 horas o más.

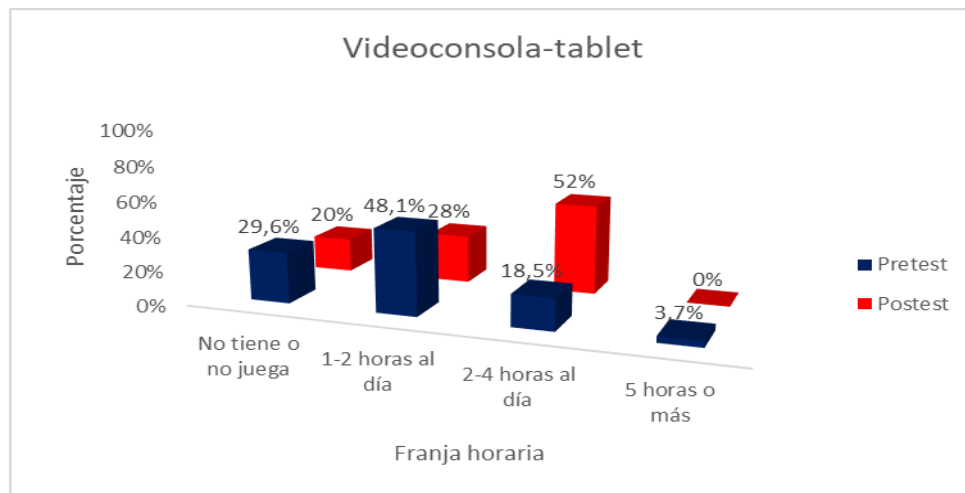


Figura 5. Horas de videoconsola-tableta.

Si nos vamos a la figura 5, el 77,7% de los jugadores cumplen con las recomendaciones de pantalla en la videoconsola-tableta, mientras que el 23,3% no las cumplen, destacando que uno de ellos, utiliza estos aparatos más de 5 horas diarias. Sin embargo, en este apartado, hay una diferencia significativa entre ambos periodos ya que en el posttest solo el 48% de los jugadores cumplen con las recomendaciones de pantalla.

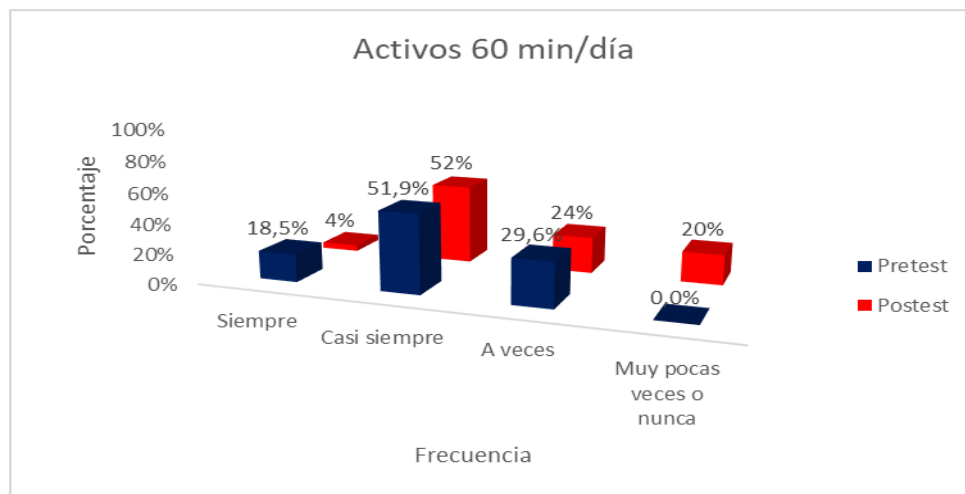


Figura 6. Frecuencia de AF al día.

En la figura 6, en el pretest, se puede comprobar que el 70,4% de los jugadores cumple con las recomendaciones diarias de AF la mayor parte de los días Sin embargo, hay una diferencia significativa en cuanto al posttest, ya que solamente el 56% cumple las recomendaciones diarias de AF la mayor parte de los días.

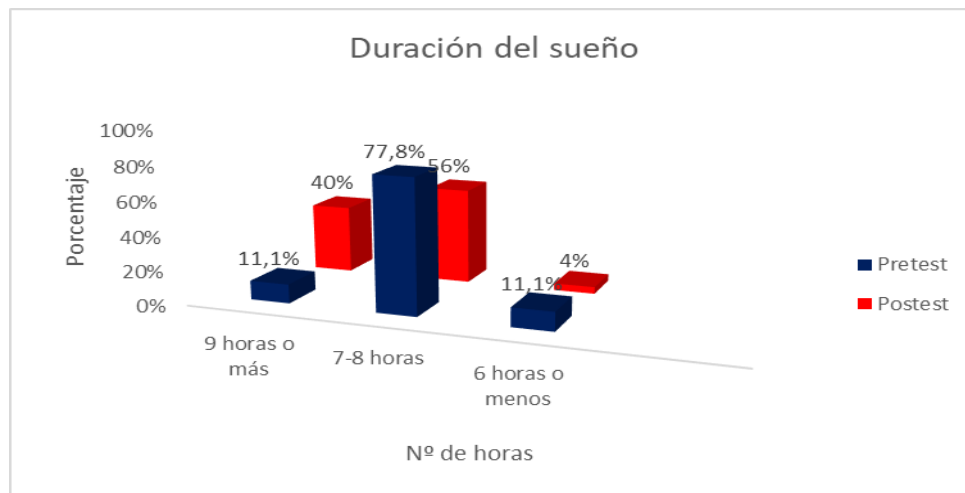


Figura 7. Horas de sueño.

Basándose en las recomendaciones sobre las horas de sueño diarias en adolescentes (8-10 horas), en la figura 7, en el pretest solamente el 11,1% de los jugadores cumplieron con estos requisitos, mientras que la mayoría (77,8%) dormían unas 7-8 horas diarias o incluso menos. En cuanto al posttest, se puede comprobar una diferencia significativa ya que el cumplimiento de las recomendaciones se vio aumentada en un 40%.

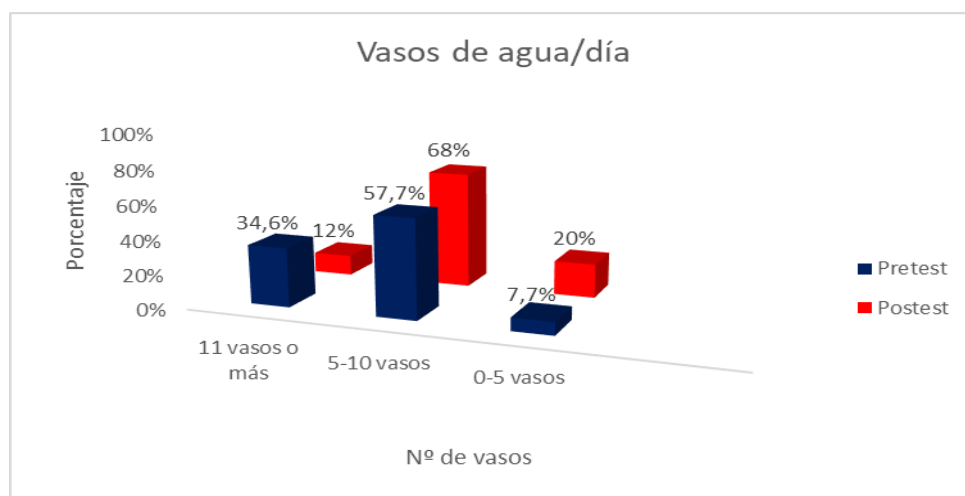


Figura 8. Vasos de agua al día.

En la figura 8, teniendo como referencia las recomendaciones de hidratación (12 vasos de agua al día en deportistas=3 litros), en el pretest el 34,6% las cumplieron. Sin embargo, durante el periodo de posttest, solo el 12% de los jugadores beben 11 vasos o más de agua al día.

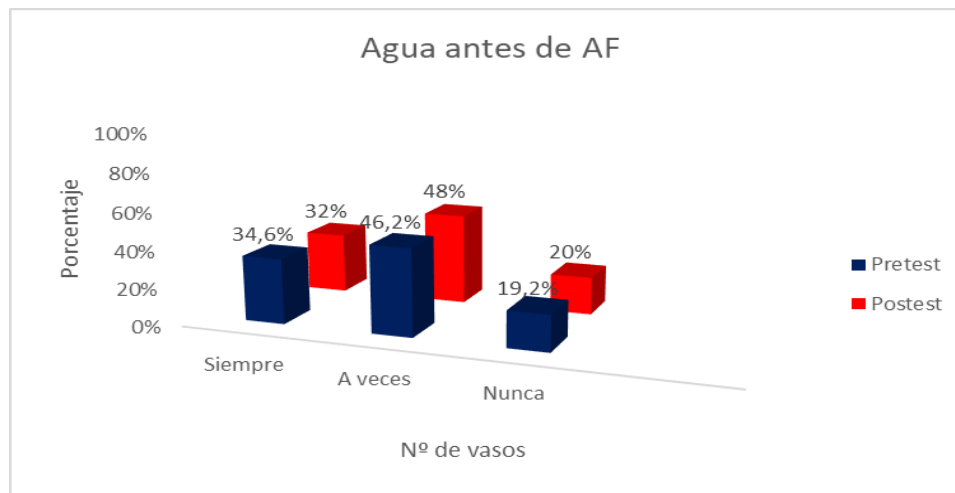


Figura 9. Agua antes de realizar AF.

En la figura 9, en el pretest, antes de la realización de AF, el 34,6% se hidrataban siempre, el 46,2% a veces y el 19,2% nunca. En el posttest no se encuentra ninguna diferencia significativa ya que el 32% bebían siempre, el 48% a veces y el 20% nunca.

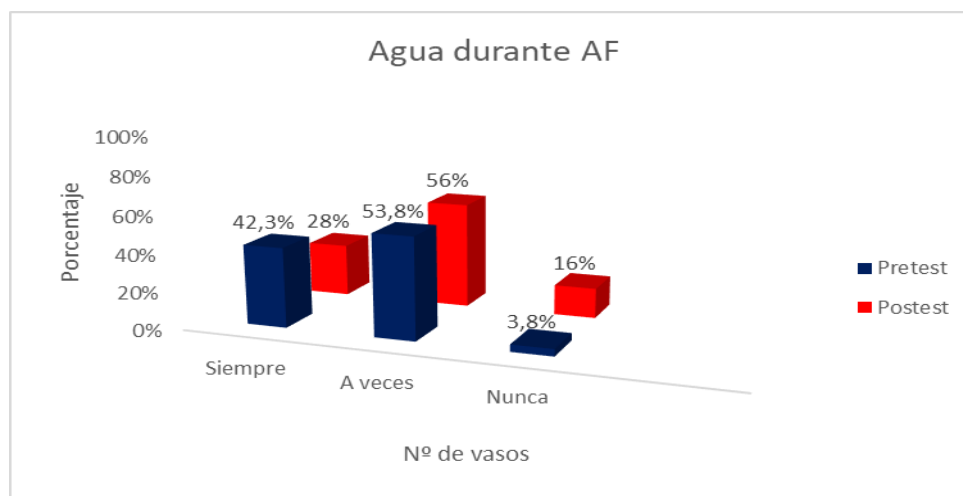


Figura 10. Agua durante la realización de AF.

Como se puede observar en la figura 10, durante la realización de actividad física, en el pretest, el 42,3% se hidrataron siempre, el 53,8% a veces y el 3,8% nunca. En el posttest hubo cambios significativos ya que el 28% bebían siempre, el 56% a veces y el 16% nunca.

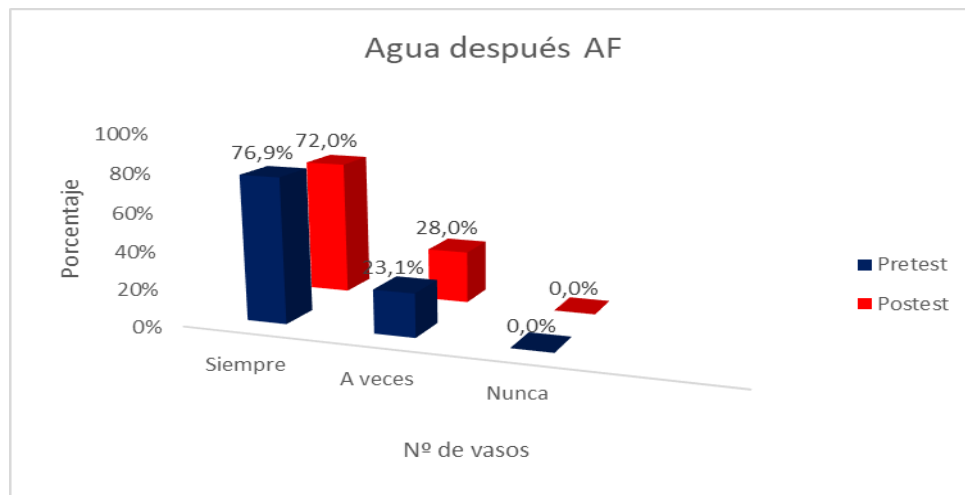


Figura 11. Agua después de realizar AF.

En la figura 11 se destaca que después de la realización de AF, en el pretest, el 76,9% se hidrataron siempre y el 23,1% a veces. En cuanto al posttest, el 72% bebieron siempre y el 28% a veces.

Intervención en un club de baloncesto para estudiar aspectos relacionados con la salud del deportista

De forma más específica se van a analizar cada una de las variables en los diferentes periodos de tiempo a través de correlaciones bivariadas. Es decir se comprobará si cada una de las variables pueden estar relacionadas entre sí, y por tanto, si los resultados que se muestran son significativos o no:

Tabla 2. Correlaciones bivariadas.

Var/Var*		AF pretest	AF posttest	CS pretest	CS posttest	Ali. pretest	Ali. posttest	Hig. pretest	Hig. posttest	Hid. pretest	Hid. posttest
AF pretest	Correlación/ Sig. (bilateral)		-0,13/ 0,53	0,47/ 0,01	0,34/ 0,10	0,04/ 0,86	0,30/ 0,15	-0,04/ 0,84	0,31/ 0,14	-0,17/ 0,41	0,21/ 0,31
AF posttest				-0,089/ 0,68	0,14/ 0,52	0,09/ 0,68	0,34/ 0,09	1	0,36/ 0,07	0,10/ 0,64	0,37/ 0,07
CS pretest					0,43/ 0,03	0,16/ 0,42	0,17/ 0,43	0,06/ 0,78	0,20/ 0,33	0,16/ 0,42	0,25/ 0,23
CS posttest						0,21/ 0,31	0,16/ 0,45	0,07/ 0,75	0,33/ 0,10	0,30/ 0,16	0,36/ 0,07
Ali. pretest							0,07/ 0,73	0,25/ 0,21	0,32/ 0,12	0,37/ 0,06	0,12/ 0,55
Ali. posttest								0,26/ 0,22	0,39/ 0,06	-0,06/ 0,77	0,49/ 0,01
Hig. pretest									0,12/ 0,57	-0,06/ 0,77	0,24/ 0,27
Hig. posttest										0,06/ 0,77	0,16/ 0,44
Hid. pretest											0,08/ 0,72
Hid. posttest											

Nota. *Variables: AF: actividad física; CS: calidad del sueño; Ali: alimentación; Hig: higiene; Hid: hidratación.

En la tabla 2, se puede comprobar que en la mayoría de las variables emparejadas no hay resultados significativos ya que están por encima de $p=0,05$. Sin embargo, se puede localizar tres resultados significativos: en cuanto a la relación que existe entre la AF en el pretest y la calidad del sueño en el pretest ($p=0,01$); la calidad del sueño en el pretest con respecto a la calidad del sueño en el posttest ($p=0,03$); y la hidratación en el posttest con la alimentación en el posttest ($p=0,01$).

3. Por último, en el cuestionario de mayo, se recogieron unas preguntas reflexivas que los jugadores debían contestar en pocas líneas. Se preguntaron aspectos relacionados sobre la AF, CS y la alimentación:
 - La mayor parte de los jugadores echaron en falta la realización de su deporte habitual o de realización de AF de forma general. Los comentarios recogidos por parte de los jugadores fueron los siguientes:
 - “El baloncesto porque en mi casa puedo jugar un poco a baloncesto pero con limitaciones como que no puedo botar el balón o no tengo mucho espacio futbol”.
 - “Correr y jugar”.
 - “Los entrenamientos, pero practico en casa”.
 - “Calentamiento”.
 - “Salir a correr e ir a entrenar”.
 - “Estar con la gente”.
 - “Un lugar amplio”.
 - “Salir a la calle”.
 - En cuanto a la CS, más de la mitad contestaron que durante el confinamiento, habían modificado su conducta, destacando las siguientes respuestas:
 - “No porque siempre duermo lo mismo”.
 - “Me duermo a las 11 o 12 y me levanto a las 9, siempre sigo un horario normal”.

Intervención en un club de baloncesto para estudiar aspectos relacionados con la salud del deportista

- “No, porque voy a la cama siempre a la misma hora porque hago los trabajos que me mandan en el ordenador a la misma hora que entro al instituto”.
 - “No, ya que me voy a dormir más tarde y me despierto más tarde”.
 - “Sí, porque me hace falta hacer deporte”.
 - “Si, porque nos levantamos un poco más tarde”.
 - “No la he mejorado, la he empeorado por los nervios”.
 - “Si, porque al no tener que ir al colegio no hay que madrugar”.
 - “No hace falta llegar a tiempo a ningún sitio, excepto clases y exámenes virtuales”.
 - “Tengo más tiempo libre y lo gasto durmiendo”.
- Por último, también se vio modificado la conducta sobre la alimentación considerablemente ya que afectó al 60% de los jugadores. Las respuestas fueron las siguientes:
- “No, porque el confinamiento no significa que tenga que cambiar de comida de la que como siempre”.
 - “No, sigo comiendo lo mismo que todas las semanas”.
 - “No, porque como mucha verdura y fruta y no como dulces ni fritos sí, comemos más porque estamos en casa”.
 - “Si, porque no almuerzo ni meriendo”.
 - “No, porque mis padres me obligan a comer una cantidad considerable”.
 - “Si, porque al fin y al cabo no haces tanto deporte y come más y te engordas un poco”.
 - “Si, porque a la hora de la comida como más y a veces no ceno”.
 - “Si, porque no hago tanto deporte, por lo que no quemo calorías > no necesito tantas calorías > no tengo tanta hambre como antes”.

5. DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio era identificar y evaluar los hábitos de vida (AF, CS, alimentación, higiene e hidratación) a los jugadores del CB Boscós en las categorías infantil y cadete. En base a los resultados, se pudo comprobar que: las notas de evaluación que sacaron los jugadores de media en las variables (AF, CS y alimentación) son bastante elevadas en los dos periodos que se realizó el test, con respecto a lo que se dice en la literatura, ya que durante los meses de confinamiento, se ha incrementado considerablemente la reducción de AF y el incremento de comportamientos sedentarios y tiempo de pantalla, aumento de alimentos altos en calorías (o lo que es lo mismo, una menor adherencia a la DM) y patrones de sueño irregulares (31). Además, en la higiene e hidratación de los sujetos han tenido de nuevo una elevada nota en ambos test.

Sin embargo, si se analiza de forma específica cada una de las variables, se encontraron resultados a tener en cuenta:

- En cuanto al comportamiento sedentario y AF hay que destacar lo siguiente:
 - **Televisión:** se pudo comprobar que durante ambos periodos, los resultados en cuanto a las horas de utilización de este aparato fueron muy similares. Si se tiene como referencia las recomendaciones de uso de pantalla (24), un elevado porcentaje de jugadores vieron la televisión por debajo de las 3 horas. Sin embargo, si lo comparamos con la revisión sistemática de Montañés (2020), se señaló que los jóvenes de 1º y 3º de la ESO destinaban 2 horas y media de tiempo medio al día a la televisión (37). Por tanto, se llega a la conclusión de que un gran número de jóvenes no cumplen con las recomendaciones de pantalla (36).
 - **Ordenador y/o móvil:** durante la época del confinamiento dedicaron más horas a este tipo de aparatos. Una de las posibles razones podría haber sido la reducción de AF generando de esta manera comportamientos sedentarios y tiempo de pantalla. Además, tal y como se muestra en el estudio de Bringué (2010), el 97% y 80,5% de los adolescentes reconocían tener ordenador y móvil respectivamente en su casa, lo que significa que estos aparatos son muy utilizados para navegar y jugar por internet (37).
 - **Videoconsola-tableta:** en esta variable se pudo demostrar que durante la época de confinamiento no cumplieron las recomendaciones el 52% de los jugadores, mientras que antes del confinamiento solamente el 22,2% las incumplían. En la línea de lo comentado en el segundo guion, esta situación se puede deber a la mayor disponibilidad de tiempo libre al no poder realizar aquellas actividades que estaban acostumbrados a realizar los jugadores. Además, otro de los factores a tener en cuenta

es que el desarrollo de las TICs ha supuesto que las actividades de los adolescentes pasen de ser más activas a otras ligadas al tiempo de pantalla (13). En base a esto último, el estudio que realizó Montañés (2020), comenta que el segundo aparato electrónico más utilizado son los videojuegos en 1º y 3º de la ESO, destacando, que este sector de la población, están 6 horas utilizando pantallas, es decir, muy lejos de las recomendaciones (<2 horas) (36).

- **AF diaria:** teniendo como referencia las recomendaciones de AF en adolescentes (3), casi tres cuartas partes realizan AF frecuentemente, sin embargo, el 30% restante no suele cumplir con las recomendaciones. En este caso, los resultados están por encima de lo que la literatura plantea, ya que el 50% de los adolescentes no cumplen con las recomendaciones de AF (10). Una de las posibles razones sea por tener una “n” discreta o bien porque son jóvenes deportistas que les guste realizar AF.

Además, durante el confinamiento, el 20% no realizó AF “muy pocas o nunca”. Pese a ello, teniendo como referencia las preguntas reflexivas que se les plantearon, mostraron una actitud positiva ya que la mayoría de ellos echaban de menos actividades como la práctica de baloncesto, correr, entrenar, etc. El consumo de Ministerio realizó un estudio en el que se reafirma en lo anterior, ya que los meses de confinamiento han supuesto la reducción de AF y el incremento de comportamientos sedentarios y de pantalla (31).

- En cuanto a la temática de la CS se resalta lo siguiente:

- **Duración del sueño (DS):** teniendo como referencia las recomendaciones de DS (25), un porcentaje muy reducido de jugadores cumplieron con dichas recomendaciones en el primer test ya que una de las razones pueda deberse a que, en base a líneas anteriores, las TICs han supuesto una gran distracción para los adolescentes provocando el descenso de la CS (1).

Sin embargo, durante la época de confinamiento se puede observar que la DS aumenta el 40%. Una de las razones pueda deberse por el aumento de tiempo disponible que tiene este sector de la población al vivir en una época en donde no pueden salir de casa. Se puede justificar esta afirmación, porque en las preguntas reflexivas, los jugadores comentaron que tenían más tiempo o incluso que se levantaban más tarde de lo normal.

- En cuanto a la adherencia de la DM cabe destacar lo siguiente:

- Se puede comprobar que durante ambos periodos, la mayor parte de los jugadores obtienen una valoración similar en cuanto a la adherencia de la **DM**. Además, basándose en los criterios explicados en el apartado de métodos (35), se puede añadir que antes y durante el confinamiento, los jugadores obtuvieron una DM óptima. Por tanto, estos resultados no coinciden con los del artículo de García Cabrera (2015), ya que llega a la conclusión de que existe una clara tendencia hacia el abandono del estilo de vida mediterráneo (21). Para este factor, puede no ser representativa la muestra con la que se ha trabajado. Puede deberse a dos motivos, o bien que la “n” sea pequeña, o que al ser jóvenes deportistas cuiden su alimentación en mayor grado con respecto a la media del resto de la población.
- En cuanto al **consumo de alimentos**, en las preguntas de reflexión, la mitad de los jugadores opinaron que el confinamiento en casa les supuso una modificación de su dieta, llegando a afirmaciones tales como que ingerían menos o más que antes. Por lo cual, está vinculada con el Consumo de Ministerio, ya que el consumo de alimentos se vieron modificados de la siguiente manera: incremento del consumo de alimentos tales como los frutos secos, tabletas de chocolate, bebidas espirituosas, cervezas, harinas y sémolas mientras que el consumo de frutas y verduras experimentó un descenso significativo (31).
- Por último, en el caso de la hidratación hay que destacar lo siguiente:
 - **Vasos de agua al día:** siguiendo las recomendaciones de hidratación en personas activas (24), se puede apreciar una gran diferencia entre el primer y segundo test ya que un 34,6% y 12% cumplen con dichas recomendaciones antes y durante el confinamiento respectivamente. Una de las razones pueda deberse a que durante el confinamiento, los jugadores hayan realizado menor AF repercutiendo directamente en una reducción de la ingesta de líquidos.
 - **Agua antes, durante y después de AF:** tanto en la hidratación de agua antes y después de la realización de AF, se han obtenido porcentajes muy similares en ambos periodos respectivamente. En cuando a la hidratación durante la AF, antes del confinamiento bebían un 14% más de agua que durante el confinamiento.

Se llega a la conclusión de que, en los 2 sub apartados, se ha podido justificar que la hidratación de los jugadores para realizar AF no es la adecuada ya que más de la mitad de los jugadores no beben agua “siempre”. En cuanto a la hidratación después de la AF, hay un mayor porcentaje pero sigue siendo insuficiente, ya que un tercio de los jugadores de forma aproximada no beben “siempre”. Teniendo como referencia el

artículo de García (2016), el 87% de los niños y adolescentes no alcanzaron la ingesta de agua recomendada (38). Por tanto, se llega a la conclusión, y coincidiendo con los resultados del TFM, de que es necesario aumentar el consumo de agua y convertirla en el líquido de primera elección para alcanzar un correcto estado de hidratación.

En cuanto a la relación entre las variables, se pudo comprobar que en el estudio del TFM hay poca relación entre ellas ya que solamente tuvieron relaciones significativas las variables de: AF pretest-CS pretest; CS pretest-CS posttest; AF pretest- Alimentación pretest; Alimentación posttest-Hidratación posttest. En este caso, la relación entre variables es fundamental ya que según la OMS una dieta saludable y equilibrada combinada con ejercicio físico regular y una CS adecuada, es un elemento fundamental para la salud (30). Además no hay que dejar de lado la hidratación ya que es un factor determinante para el rendimiento deportivo y supone grandes beneficios para la salud (25).

6. LIMITACIONES Y FORTALEZAS

El presente trabajo presenta algunas **limitaciones** a destacar. En primer lugar, el tamaño de la muestra fue muy limitado ya que solo se seleccionó a jugadores de las categorías Infantil y Cadete. Es decir, para realizar un trabajo más completo se debería haber seleccionado a todas las categorías del Club, para que la muestra hubiera sido más significativa.

Por otro lado, la Covid 19 supuso un cambio en la realización del trabajo, porque en un primer momento la idea fue la siguiente: 1) Realización del primer test; 2) Intervención para concienciar a los jugadores; 3) Realización del segundo test. Sin embargo, hubo que ajustarse a la situación de la pandemia y se adaptó el trabajo a como se ha realizado finalmente a la situación actual.

En la línea de lo comentado anteriormente, no se pudieron realizar las charlas para tratar de modificar las deficiencias observadas en la primera encuesta, tanto grupales para problemas generalizados, como individualizadas para problemas puntuales, valorando los efectos del confinamiento, y no las actuaciones para modificar los hábitos de vida de los participantes como se pretendía en un principio.

Otra limitación a tener en cuenta es la siguiente: los cuestionarios son métodos subjetivos en los que las respuestas de los jugadores no pueden presentar exactamente la realidad incluso si son validados. Además, pese a que al principio no se sabía cómo realizar la segunda encuesta, finalmente se decidió diseñar un cuestionario online que fue determinante para completar el TFM.

Por otro lado, se ha considerado que el trabajo también dispone de **fortalezas**. La más importante de ellas fue la implicación de los padres para fomentar la participación de sus hijos en rellenar las

encuestas así como el interés que mostraron una vez extraídos los resultados. Es decir, la mayoría de padres se interesaron por los resultados que se habían obtenido del trabajo, lo que se llega a la conclusión de que el ambiente entre el investigador y los padres- hijos fue muy buena.

7. CONCLUSIONES

El objetivo del trabajo era el de identificar y evaluar en el CB Boscós, los hábitos de vida antes y durante el confinamiento en casa, a adolescentes de entre 13 y 15 años. Para ello, a través de los objetivos específicos, se pretendió estudiar las posibles diferencias en el comportamiento de los adolescentes en dos periodos de tiempo distintos.

En base a los resultados obtenidos de AF, CS, alimentación, higiene e hidratación, se llega a la conclusión de que los jugadores del CB Boscós mantienen unas buenas condiciones de salud tanto antes del confinamiento como durante el confinamiento, es decir, en cada una de las variables se obtiene muy buenos resultados.

Además, uno de los posibles problemas que se podría haber planteado en el TFM, es la poca realización de AF y el aumento de comportamiento sedentario; sin embargo, los jugadores, de forma general, han adquirido unos buenos hábitos en este aspecto. Incluso durante el confinamiento, se mantuvo el nivel de actividad aunque echaron en falta haber entrenado a baloncesto tal y como se recoge en las preguntas reflexivas. En cuanto a la CS, y recogiendo alguna de las preguntas reflexivas, se puede llegar a la finalidad de que los adolescentes duermen menos que antes por culpa de la presencia de las TICs (móviles, ordenador portátil, tableta, etc.) antes de irse a la cama, ya que suponen una gran distracción. En cuanto a la alimentación, se puede comentar que la DM, en este grupo de jugadores, tiene una gran adhesión, pese a que durante el confinamiento afectase de forma relativa, basándose en las preguntas de reflexión. Por último, también se analizó la hidratación de forma específica y se llega a la conclusión de que antes y durante el ejercicio físico beben agua o similar una cantidad muy baja de jugadores pudiendo perjudicar al rendimiento y salud del deportista.

Por último, resaltar que el propósito de este TFM, era también comprobar si la combinación de todos los hábitos de salud podía llegar a tener resultados significativos. Pese a que no ha sido de esta manera, se puede llegar a la conclusión de que todas aquellas personas que mantengan un cuidado adecuado en todas las variables analizadas, gozarán de una mejor salud y se favorecerá el rendimiento deportivo.

8. BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA

1. Chaput J, Gray C, et al. Systematic review of the relationships between sleep duration and health indicators in school-aged children and youth. *Applied physiology, nutrition, and metabolism*; 2016, vol. 41, no 6. p. S266-S282.
2. Wang G, Zhang Y, et al. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *The Lancet*; 2020, vol. 395, no 10228. p. 945-947.
3. Organización Mundial de la Salud. *Actividad Física*; 23 de febrero de 2018. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>.
4. Kohl 3RD, Harold W., et al. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *The lancet*; 2012, vol. 380, no 9838. p. 294-305.
5. Lee I, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The lancet*; 2012, vol. 380, no 9838. p. 219-229.
6. Dwyer T, et al. Relation of academic performance to physical activity and fitness in children. *Pediatric Exercise Science*; 2001, vol. 13, no 3. p. 225-237.
7. Ng S, Popkin B. Time use and physical activity: a shift away from movement across the globe. *Obesity reviews*; 2012, vol. 13, no 8. p. 659-680.
8. Aranda-Balboa MJ, et al. Parental barriers to active transport to school: A systematic review. *International journal of public health*; 2020, vol. 65, no 1. p. 87-98.
9. Hallal P, et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The lancet*; 2012, vol. 380, no 9838. p. 247-257.
10. Van Hecke L. et al. Variation in population levels of physical activity in European children and adolescents according to cross-European studies: a systematic literature review within DEDIPAC. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*; 2016, vol. 13, no 1. p. 70.
11. Beets M, Cardinal BJ, Alderman BL. Parental social support and the physical activity-related behaviors of youth: a review. *Health Education & Behavior*; 2010, vol. 37, no 5. p. 621-644.
12. SegurosSalud.es. *Sedentarismo y actividad física*; 21 de septiembre de 2016. Recuperado de: <https://www.segurosSalud.es/sedentarismo-y-actividad-fisica/>.
13. Borge MJ, et al. Hábitos sedentarios en adolescentes escolarizados de Cantabria. *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*; 2015, no 27. p. 3-7.
14. Orgiles M., et al. Spanish version of the Sleep Self-Report (SSR): Factorial structure and psychometric properties. *Child: care, health and development*; 2013, vol. 39, no 2. p. 288-295.
15. Miller M, et al. Sleep duration and incidence of obesity in infants, children, and adolescents: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Sleep*; 2018, vol. 41, no 4. p. zsy018.

16. Kelley G, Kelley K. Exercise and sleep: a systematic review of previous meta-analyses. *Journal of Evidence-Based Medicine*; 2017, vol. 10, no 1. p. 26-36.
17. Gallardo V. Los adolescentes cada vez duermen menos por culpa del móvil. *El mundo*; 2017. Recuperado desde: <https://www.elmundo.es/papel/todologia/2017/02/20/58aabfba22601da6428b45d8.html#:~:text=Expertos%20en%20el%20sue%C3%B1o%20alertan,dormir%20a%20los%20'millennials'.&text=California%2C%201964.>
18. Muñoz C. *Adherencia a la dieta mediterránea en alumnado de educación primaria en Málaga*. 2017. Tesis Doctoral. Universidad de Málaga.
19. Estruch R, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet supplemented with extra-virgin olive oil or nuts. *New England journal of medicine*; 2018, vol. 378, no 25. p. e34.
20. Trichopoulou A, et al. Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. *New England Journal of Medicine*; 2003, vol. 348, no 26. p. 2599-2608.
21. García C, et al. Test KIDMED; prevalencia de la baja adhesión a la dieta mediterránea en niños y adolescentes: revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*; 2015, vol. 32, no 6. p. 2390-2399.
22. Reverter-Masía J, Legaz-Arrese A, Jové-Deltell M, Pi M, Salvo C. Intervención educativa sobre hábitos nutricionales, higiene y salud en alumnos de primaria. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte/International Journal of Medicine and Science of Physical Activity and Sport*; 2012, vol. 12, no 48. p. 611-623.
23. Bartrina J, et al. Guía para una hidratación saludable: La Declaración de Zaragoza, SENC, 2008. *Revista española de nutrición comunitaria= Spanish journal of community nutrition*; 2009, vol. 15, no 1. p. 45-47.
24. Sociedad Española Nutrición Comunitaria (SENC), Pirámide de la Hidratación Saludable. *Culligan*. Recuperado desde: <https://www.culligan.es/blog/piramide-de-hidratacion-saludable>.
25. Urdampilleta A., et al. Protocolo de hidratación antes, durante y después de la actividad físico-deportiva. *Motricidad. European Journal of Human Movement*; 2013, vol. 31. p. 57-76.
26. Tremblay M, et al. Canadian 24-hour movement guidelines for children and youth: an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*; 2016, vol. 41, no 6. p. S311-S327.
27. Saunders T, et al. Combinations of physical activity, sedentary behaviour and sleep: relationships with health indicators in school-aged children and youth. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*; 2016, vol. 41, no 6. p. S283-S293.
28. Sevil J, et al. Variability in the compliance with 24-hour movement guidelines between week and weekend days in adolescents of the city of Huesca. 2019.

29. Rinat Ratner G, et al. Impacto de una intervención en alimentación y actividad física sobre la prevalencia de obesidad en escolares. *Nutrición Hospitalaria*; 2013, vol. 28, no 5. p. 1508-1514.
30. Organización Mundial de la Salud. *Nutrición*; 2020. Recuperado de: [https://www.who.int/topics/nutrition/es/#:~:text=Una%20buena%20nutrici%C3%B3n%20\(un a%20dieta,mental%2C%20y%20reducir%20la%20productividad.](https://www.who.int/topics/nutrition/es/#:~:text=Una%20buena%20nutrici%C3%B3n%20(un a%20dieta,mental%2C%20y%20reducir%20la%20productividad.)
31. Dieguez C. COVID-19 y Confinamiento: Impacto en Obesidad y Trastornos Alimentarios Afines (webinar). *Consumo del Ministerio*; 2020. Recuperado de: <https://www.mscbs.gob.es/servCiudadanos/consumo/home.htm>.
32. Hardy L, Booth M, Okely A. The reliability of the adolescent sedentary activity questionnaire (ASAQ). *Preventive medicine*; 2007, vol. 45, no 1. p. 71-74.
33. Moreno C, Rivera F, García-moya I, Jiménez-iglesias A, Morgan A. *Cuestionario HBSC 2014 - España*. 52; 2014.
34. Owens J, Spirito A, McGuinn M.. Children's sleep habits questionnaire (Abbreviated). *Nichd*, 6-7; 2000.
35. En M., Infancia L. *ADHERENCIA* A. 18; 2004.
36. Bringué X, Sádaba-Chalezquer C. Niños y adolescentes españoles ante las pantallas: rasgos configuradores de una generación interactiva; 2010.
37. Montañés S, Abós L, et al. *Tiempo de uso diario de medios tecnológicos de pantalla en adolescentes: diferencias en función del curso académico*; 2020.
38. García D, et al. La adecuada hidratación en las distintas etapas de la vida; 2016.

9. ANEXOS

1)

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del PROYECTO: Intervención en un club de baloncesto para tratar aspectos relacionados con la salud del deportista

Yo, (Nombre y apellidos del padre/madre del hijo participante)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He recibido suficiente información sobre el mismo.

Comprendo que la participación de mi hijo es voluntaria.

Comprendo que puede retirarse del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones
- 3) sin que esto repercuta en sus cuidados médicos

Presto libremente mi consentimiento para participar en este estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de los datos de mi hijo conforme se estipula en la hoja de información que se me ha entregado (y para que se realice el análisis genético –si procede-).

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio: sí no (marque lo que proceda)

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:

Fecha:

.....
.....

Intervención en un club de baloncesto para estudiar aspectos relacionados con la salud del deportista









He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del Investigador:

Fecha:

.....


2)

ACTIVIDAD FÍSICA					
1. ¿Con qué frecuencia sueles ver la televisión?		Nunca	1-3 horas al día	4-6 horas al día	6 horas o más al día
2. ¿Cuánto tiempo dedicas al ordenador-móvil para jugar o ver vídeos?		Nunca	1-3 horas al día	4-6 horas al día	6 horas o más al día
3. ¿Y en verano?		Nunca	1-3 horas al día	4-6 horas al día	6 horas o más al día
4. Si tienes alguna videoconsola, ¿cuánto tiempo juegas?		No tengo videoconsola	1-2 horas al día	2-4 horas al día	5 horas o más
5. ¿Y en verano?		No tengo videoconsola	1-2 horas al día	2-4 horas al día	5 horas o más
6. En la última semana, ¿cuántos días te sentiste físicamente activo durante al menos 60 min/día?		Muy pocas veces o nunca (0-1)	A veces (2-4 días)	Casi siempre (5-6 días)	Siempre (los 7 días)
7. ¿Cuánto alcohol consumes al mes?		No bebo	Pocas veces (1 vez al mes)	A veces (2 veces al mes)	Muchas veces (3 veces al mes o más)
8. ¿Con qué frecuencia soléis fumar?		No fumo	Pocas veces (1 día)	A veces (2-3 días)	Muchas veces o siempre (4-7 días)
9. Aparte del baloncesto, ¿realizas algún otro deporte o actividad?					

Intervención en un club de baloncesto para estudiar aspectos relacionados con la salud del deportista


9.1. Deportes colectivos (futbol, balonmano).	No realizo esta actividad	2-3 veces al mes o rara vez	1 vez a la semana	2 veces a la semana o más
9.2. Deportes individuales (natación ciclismo, atletismo).	No realizo esta actividad	2-3 veces al mes o rara vez	1 vez a la semana	2 veces a la semana o más
9.3. Deportes en el medio natural (senderismo).	No realizo esta actividad	2-3 veces al mes o rara vez	1 vez a la semana	2 veces a la semana o más
9.4. Realizas actividad física por tu cuenta.	No realizo esta actividad	2-3 veces al mes o rara vez	1 vez a la semana	2 veces a la semana o más
9.5. Otros deportes.	No realizo esta actividad	2-3 veces al mes o rara vez	1 vez a la semana	2 veces a la semana o más
9.6. Cita los otros deportes o actividades que realizas:				

CALIDAD DEL SUEÑO					
10. ¿Te vas a dormir todos los días a la misma hora?	Nunca	Pocas veces (1-2 días)	A veces (3-4 días)	Muchas veces (5-6 días)	Siempre (7 días)
11. ¿Sueles dormirte rápido cuando te vas a la cama?	Nunca	Pocas veces (1-2 días)	A veces (3-4 días)	Muchas veces (5-6 días)	Siempre (7 días)
12. ¿Te levantas a lo largo de la noche por cualquier motivo?	Nunca	Pocas veces (1-2 días)	A veces (3-4 días)	Muchas veces (5-6 días)	Siempre (7 días)
13. ¿Te despiertas antes de lo previsto porque no puedes dormir más?	Nunca	Pocas veces (1-2 días)	A veces (3-4 días)	Muchas veces (5-6 días)	Siempre (7 días)
14. Cuando estas en el colegio, ¿cuántos días te sientes con sueño?	Nunca	Pocas veces (1-2 días)	A veces (3-4 días)	Muchas veces (5-6 días)	Siempre (7 días)
15. ¿Cuántas horas sueles dormir cada día? aproximadamente?	6 horas o menos		7-8 horas		9 horas o más

ALIMENTACIÓN		
16. Toma fruta o un zumo natural.	SI	NO
17. Toma una segunda pieza de fruta todos los días.	SI	NO
18. Toma ensaladas o verdura cocinada de forma regular más de una vez al día.	SI	NO
19. Consume pescado con regularidad (2-3 veces a la semana).	SI	NO
20. Acude una vez o más a la semana a un centro de comida rápida tipo Burger King.	SI	NO
21. Come legumbres más de una vez a la semana.	SI	NO
22. Toma pasta o arroz casi a diario (5 veces a la semana o más).	SI	NO
23. Desayuna un cereal o derivado (pan).	SI	NO
24. Toma frutos secos con regularidad (2-3 veces a la semana).	SI	NO
25. Se utiliza aceite de oliva en casa.	SI	NO
26. Desayuna.	SI	NO
27. Desayuna un lácteo (yogurt, leche).	SI	NO
28. Desayuna bollería industrial, galletas o pastelitos.	SI	NO
29. Toma dos yogures y dos porciones de queso al día.	SI	NO
30. Toma golosinas y/o caramelos varias veces al día.	SI	NO

HIGIENE							
31. ¿Con qué frecuencia te cepillas los dientes?		Ningún día	Muy pocas veces (1-2 veces días)	De vez en cuando (3-4 días)	La mayoría de veces (5-6 días)	Todos los días (7 días)	
32. ¿Cuántos días a la semana te duchas?		Ningún día	Muy pocas veces (1-2 veces días)	De vez en cuando (3-4 días)	La mayoría de veces (5-6 días)	Todos los días (7 días)	
33. Después de haber realizado deporte, ¿te duchas?		Nunca		A veces		Siempre	
34. ¿Te duchas con jabón?		Nunca		A veces		Siempre	
35. Cuando vas a entrenar, ¿te llevas ropa de recambio?		Nunca		A veces		Siempre	

Intervención en un club de baloncesto para estudiar aspectos relacionados con la salud del deportista

HIDRATACIÓN			
36. ¿Cuántos vasos de agua bebes al día?	0-5 vasos	5-10 vasos	11 vasos o más
37. ¿Antes de empezar la práctica deportiva bebes agua?	Nunca	A veces	Siempre
38. ¿Durante la práctica deportiva bebes agua?	Nunca	A veces	Siempre
39. ¿Después de la práctica deportiva bebes agua?	Nunca	A veces	Siempre

3)

Formularios recientes

Cualquiera es el propietario ▼

Cuestionario sobre salud

Es un cuestionario sobre el que se va a estudiar el nivel de salud. Contiene una encuesta que debe ser respondida antes de que comience el estudio con el fin de evaluar el nivel de salud de los participantes. Formas de usar el primer cuestionario, así como una encuesta de seguimiento al final de la encuesta para evaluar el nivel de salud.

ACTIVIDAD

1. ¿Con qué frecuencia sueles ir al gimnasio?

☐ Nunca

☐ 1-2 veces a la semana

☐ 3-4 veces a la semana

☐ 5-6 veces a la semana

2. ¿Cuánto tiempo dedicas a entrenar (incluyendo el tiempo de calentamiento)?



☐ Nunca

☐ 1-2 horas a la semana

☐ 3-4 horas a la semana

☐ 5-6 horas a la semana

Cuestionario sobre salud ...

 Abierto 28 abr. 2020 

Cuestionario sobre salud

Es un cuestionario sobre el que se va a estudiar el nivel de salud. Contiene una encuesta que debe ser respondida antes de que comience el estudio con el fin de evaluar el nivel de salud de los participantes. Formas de usar el primer cuestionario, así como una encuesta de seguimiento al final de la encuesta para evaluar el nivel de salud.

ACTIVIDAD

1. ¿Con qué frecuencia sueles ir al gimnasio?

☐ Nunca

☐ 1-2 veces a la semana

☐ 3-4 veces a la semana

☐ 5-6 veces a la semana

2. ¿Cuánto tiempo dedicas a entrenar (incluyendo el tiempo de calentamiento)?



☐ Nunca

☐ 1-2 horas a la semana

☐ 3-4 horas a la semana

☐ 5-6 horas a la semana

Cuestionario sobre salud ...

 Abierto 28 abr. 2020 

Intervención en un club de baloncesto para estudiar aspectos relacionados con la salud del deportista

Cuestionario sobre salud Infantil x ADD Unizar - Moodle x Recibidos (1.421) - nachovillaca x Inicio | Universidad de Zaragoza x +

docs.google.com/forms/d/1npve8KGQjdG3Mf3WoULdZ16yoMXsVffeao2b4Hh5H0/edit

Cuestionario sobre salud Infantiles

Preguntas Respuestas 12

Cuestionario sobre salud

Es un cuestionario similar al que realizasteis en el mes de marzo. Con la única diferencia que todo este tiempo habéis tenido que quedaros en casa y por tanto vuestra situación habrá cambiado. Como ya os dije en el primer cuestionario, sed lo más sinceros posibles ya que es para un trabajo de universidad muy importante. Muchas gracias.

ACTIVIDAD FÍSICA

Descripción (opcional)

1. ¿Con qué frecuencia sueles ver la televisión?

- ☐ Nunca
- ☐ 1-3 horas al día
- ☐ 4-6 horas al día
- ☐ 6 horas o más al día